



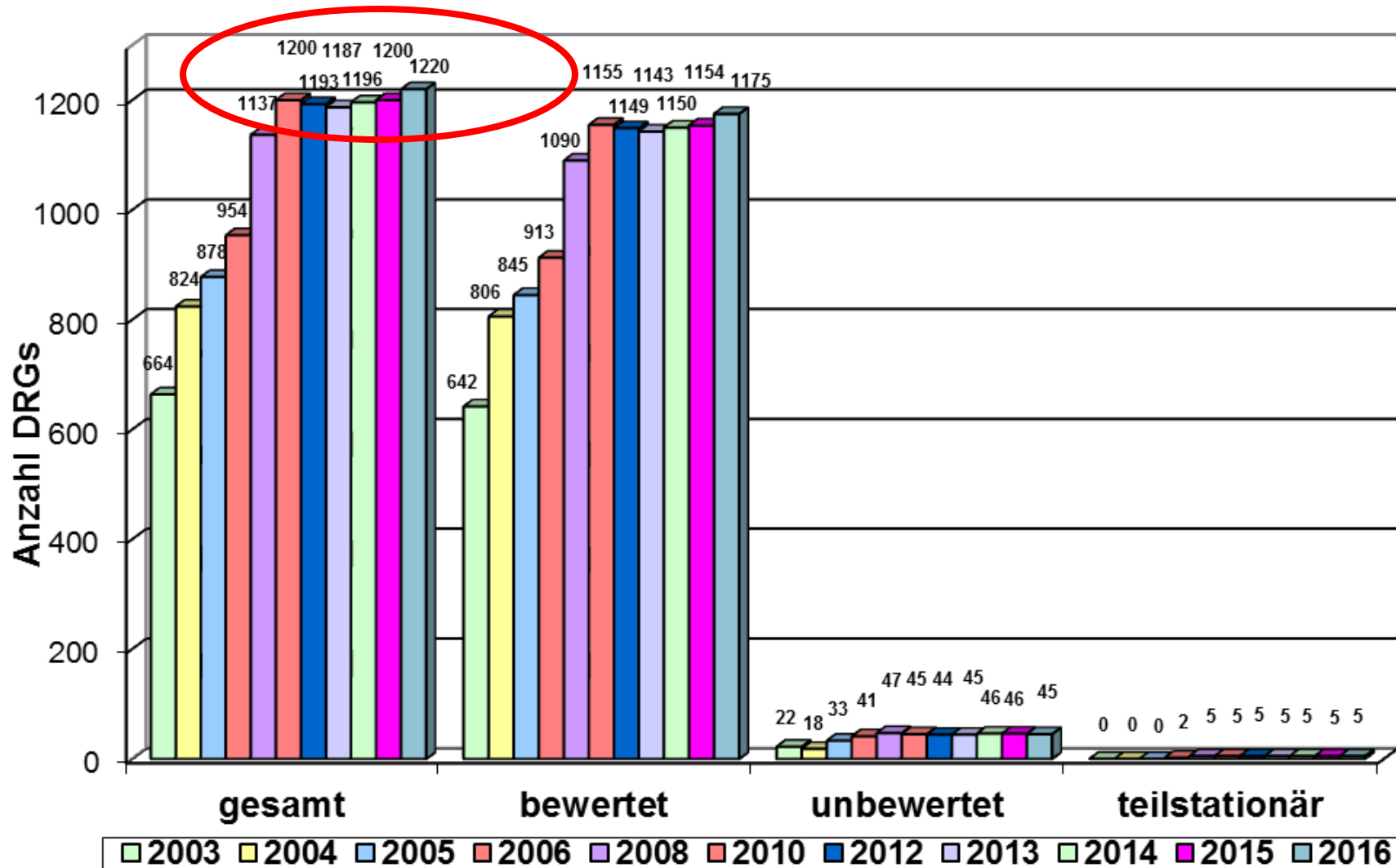
Das G-DRG-System 2016

**G-DRG und PEPP-Entgelt-Systementwicklung aus
medizinischer Sicht**

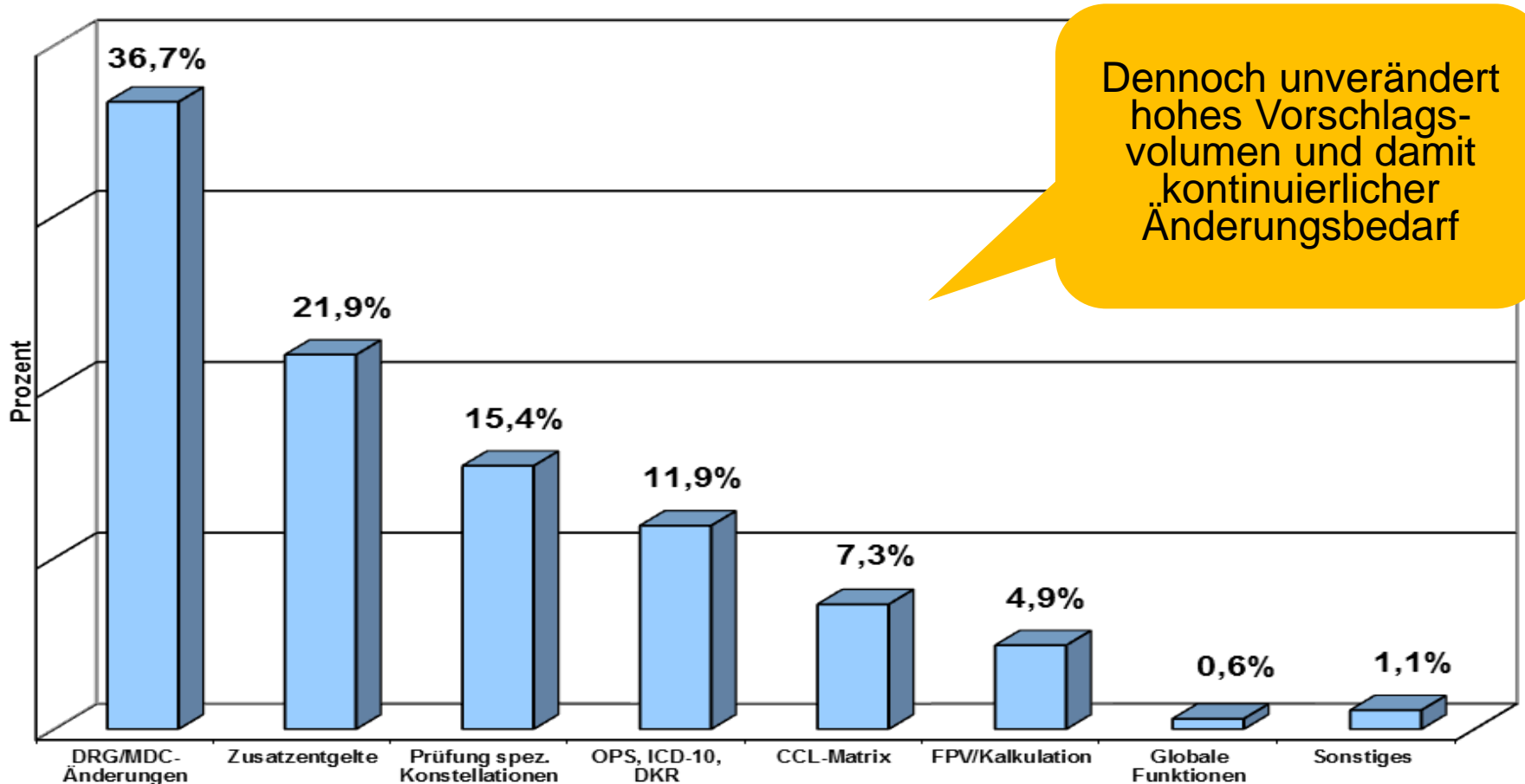
Düsseldorf, 16. November 2015

**Dr. N. Schlottmann
Geschäftsführerin Dezernat Medizin
Deutsche Krankenhausgesellschaft**

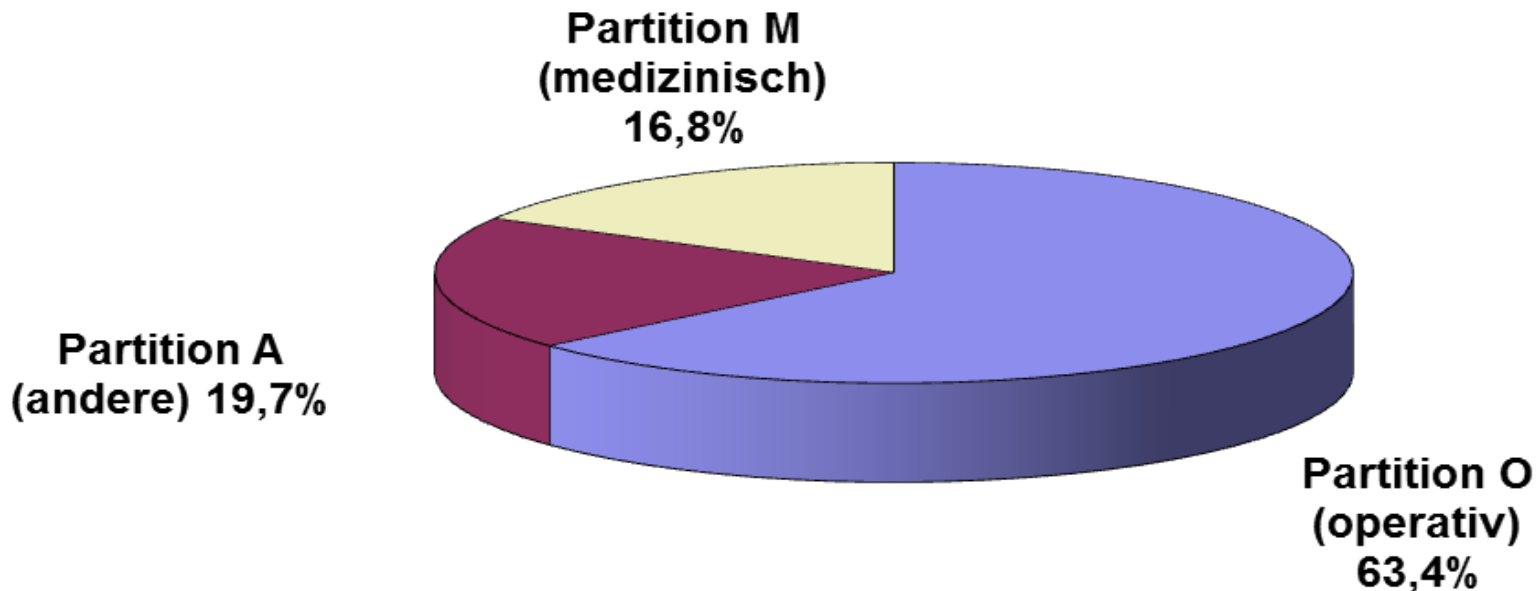
-
- **G-DRG-System 2016**
 - **Deutsche Kodierrichtlinien 2016**
 - **NUB-Verfahren 2016**
 - **Psych-Entgeltsystem 2016**
 - **Deutsche Kodierrichtlinien-Psych 2016**
 - **OPS-Psych 2016**



Häufigkeitsverteilung der Vorschläge mit identifizierbaren MDC



Vorschläge nach Partitionen



Relevante DRG-übergreifende Änderungen – Intensivmedizin

- **2014:** Modifikation Bedeutung Beatmungsstunden
Kombinationskriterien aus Beatmungsstunden und Intensivmedizinischer
Komplexbehandlung (TISS/SAPS)
(z.B. A07 Beatmung > 999 Stunden **oder** > 499 Stunden und
Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Punkte)
- **2015:**
 - Erstmalige Analysen zur aufwendigen intensivmed. Komplexbehandlung
(8-98f (Heimig: Super-SAPS)), wg. unzureichender Dokumentation,
ergänzende Datenabfrage in 101 KH
 - Codes nur für Maximal- und Schwerpunktversorger (§ 21 Daten)
 - Änderungen nur bei erheblicher Kostendifferenz
- **2016:**
 - Fortschreitender Ausbau der Differenzierung nach TISS/SAPS und
intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Cave: MDK-Prüfungen)



CCL-Matrix

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anzahl untersuchter Diagnosen	ca. 350	ca. 450	ca. 1.000	ca. 200	ca. 450	ca. 330	ca.1.010	ca.1.240		ca.2.600
Davon										
Abwertungen (auch DRG-spezifisch)	17	46	22	10	3	6	602	1098	338	1.694
Aufwertungen	19	54	32	0	3	2				122
Streichungen	28	32	4	7	10	36	5		0	
Neuaufnahmen	15	19	272	0	11	42	2	58	19	12
Summe	79	151	330	17	27	86	609	1.156	357	1.828



1. PCCL-Formelanpassung (2013 für System 2014)

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

**Abwertung
PCCL**

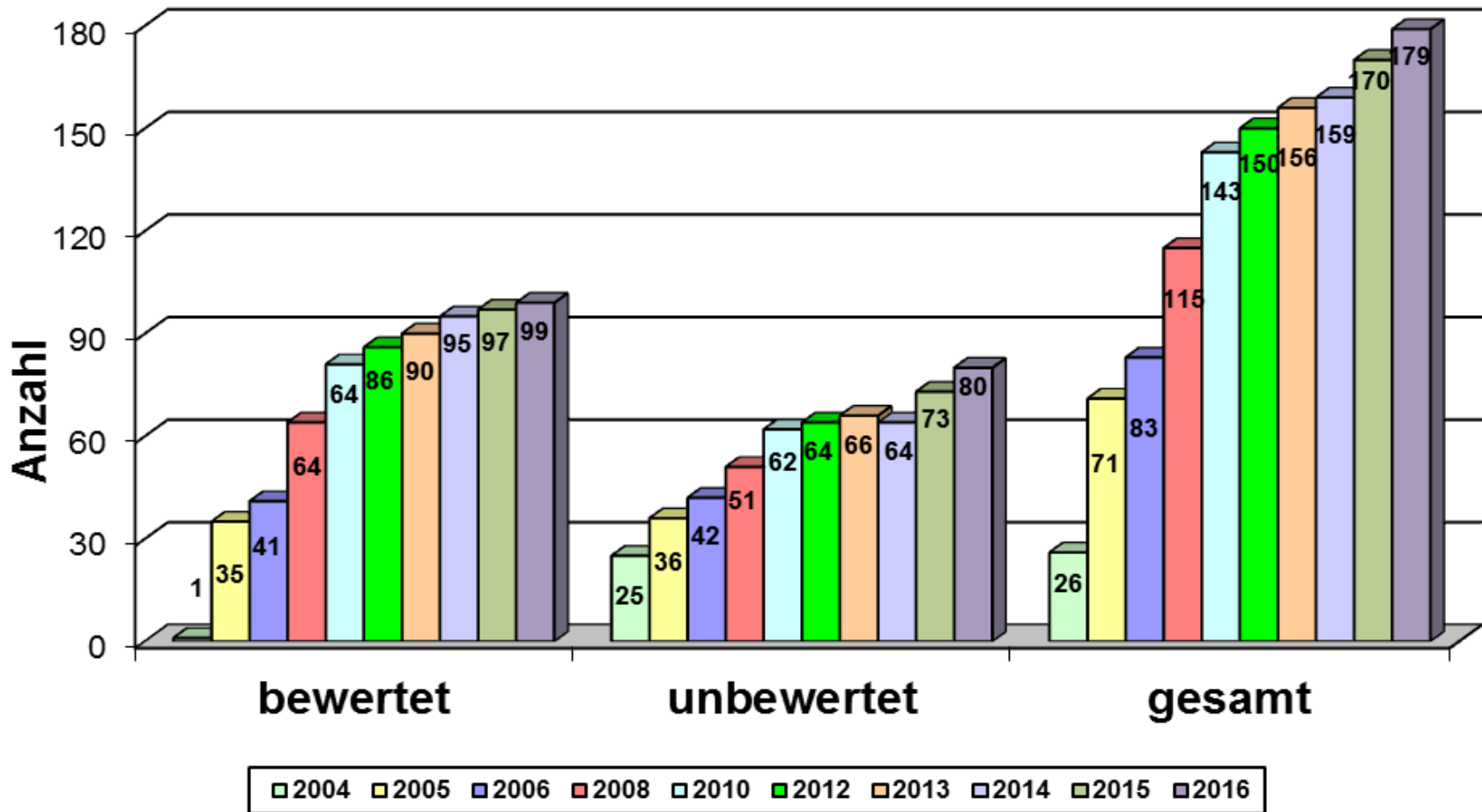
CCL				PCCL alt	PCCL neu
ND1	ND2	ND3	ND4		
1	0	0	0	1	0
1	1	1	0	2	1
1	1	1	1	2	2
2	1	1	1	3	2
2	2	0	0	3	2
2	2	1	0	3	3
2	2	1	1	3	3
3	0	0	0	3	2
3	1	0	0	3	3
3	3	1	0	4	3
3	3	2	0	4	4 ...

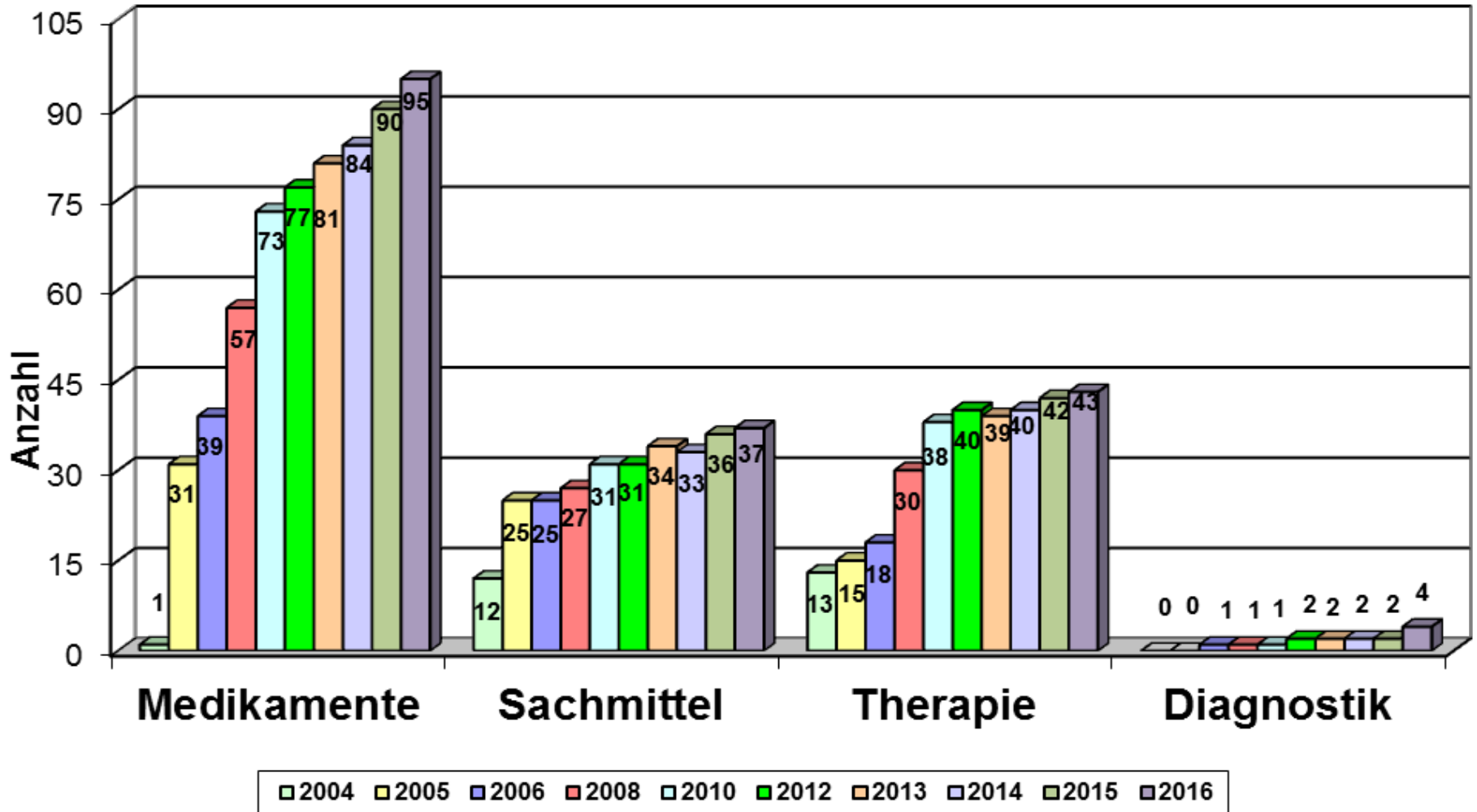
Patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL)

- Nochmalige Modifikation der PCCL-Formel zur besseren Abbildung von Fällen mit äußerst schweren CC und Extremkostenfällen
- Neue PCCL Schweregrade mit PCCL 4, 5, 6, bei unveränderter Bewertung aller Fälle mit PCCL kleiner als 3,5
- Zurückhaltende Neuaufnahme neuer Split-Kriterien bei einigen DRG (Extremkostenbekannte DRG)
- Verbesserung Vergütungssituation einiger sehr teurer Fälle
- Fortsetzung folgt nächstes Jahr

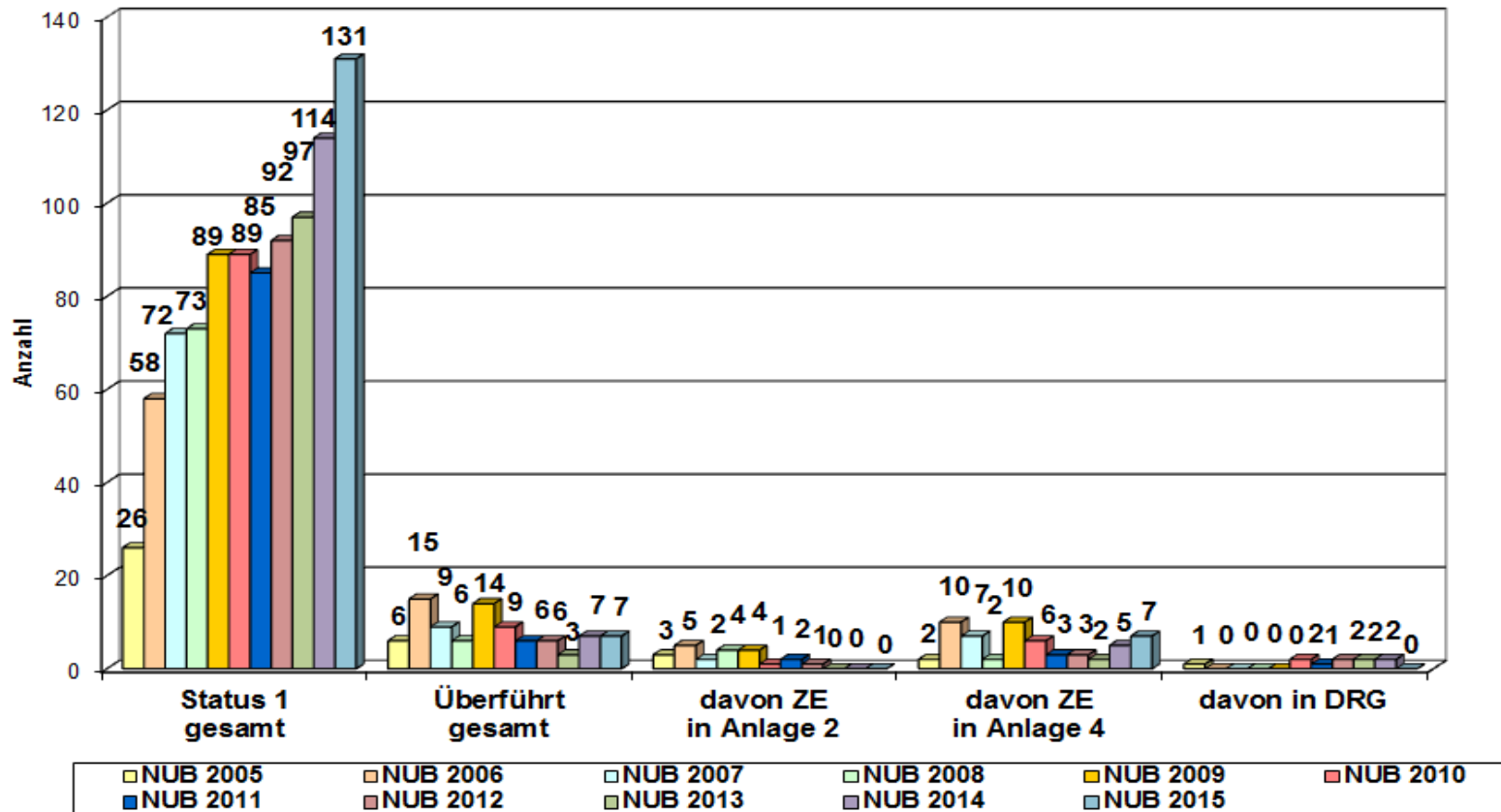
Relevante DRG-übergreifende Änderungen 2016

- Fortgesetzte Umbauten in der Gastroenterologie (z.B. ERCP) und Abdominalchirurgie
- Wirbelsäuleneingriffe
- Geburtshilfe
- Zahlreiche Detailumbauten
- uvm.





Bezeichnung	2016	Entgelt 2016 (€)
Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	ZE2016-111	unbewertet
Gabe von Abirateronacetat, oral	ZE2016-112	unbewertet
Gabe von Cabazitaxel, parenteral	ZE2016-113	unbewertet
Gabe von Ipilimumab, parenteral	ZE2016-114	unbewertet
Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern	ZE2016-115	unbewertet
Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung	ZE2016-116	unbewertet
Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion	ZE2016-117	unbewertet





NUB-Verfahren ab 2016 neu (Hochrisikomedizinprodukte)

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

§ 137 h SGB V – neu (VSG)

- Einführung verpflichtender früher Nutzenbewertung bei neuen Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse
- Verknüpfung NUB-Verfahren des INEK mit G-BA Methodenbewertung
- Künftige Einschränkung der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt
- Neue Erprobungsverpflichtungen für den G-BA
- Verpflichtende Beteiligung der Krankenhäuser an den Studien
- Verpflichtende Beteiligung der Medizinprodukteindustrie an den Kosten



Vorgaben nach § 137 h SGB V

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Betroffen sind neue Methoden

mit Einsatz eines Medizinproduktes der Risikoklasse IIb und III und aktive implantierbare Medizinprodukte,

- deren technische Anwendung maßgeblich auf Einsatz eines Medizinproduktes beruht
- die ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweisen.
Trifft zu, wenn sich das Wirkprinzip oder das Anwendungsgebiet von anderen in der stationären Versorgung eingeführten systematischen Herangehensweisen wesentlich unterscheidet
- deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist
- Erstmalige Anfrage nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

Begrifflichkeiten sollen bis zum 31.12.2015 in einer eigenen Rechtsverordnung durch das BMG/BMBF geregelt werden

Klasse II b, hohes Risiko z.B.

- Intraokularlinsen
- Röntgengeräte
- Infusionspumpen



Klasse III, sehr hohes Risiko, z.B.

- Hüftprothesen
- Herzkatheter
- Arzneistoffe abgebende Stents

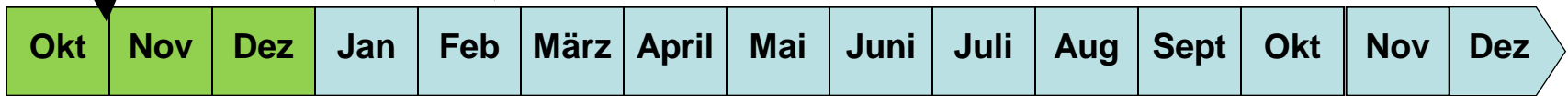
NUB-Verfahren INEK

Jährliche Anfrage der Krankenhäuser über sachgerechte Vergütung von NUB

Jährliche Antwort des INEK zu NUB-Status einzelner Leistungen

Positiver NUB-Status, Rasche Aufnahme der Vergütungsverhandlungen möglich

Antrag auf Methodenbewertung nach § 137 c SGB V war bisher jederzeit möglich



G-BA prüft ob neues theo.-wiss Konzept, Bekanntgabe

G-BA schließt innerhalb von 3 Monaten Nutzen-/Potentialbewertung ab

- Nutzen hinreichend belegt
- Nutzen nicht belegt aber Potential
- Kein Potential weil insb. schädlich, unwirksam,

Bei erstmaliger Anfrage nach § 6 (2) KHentgG, gleichzeitige Info des G-BA über Stand wissenschaftl. Erkenntnisse der Methode (Benehmen mit Hersteller)

Stellungnahmemöglichkeit für alle Krankenhäuser, die Leistung erbringen möchten und Hersteller

Unverzüglicher Ausschluss durch G-BA

Der G-BA kann Qualitätsanforderungen festlegen (bisher keine Frist)

G-BA entscheidet innerhalb von 6 Monaten über Erprobungsrichtlinie, diese in der Regel in 2 Jahren, Krankenhäuser müssen teilnehmen

NUB-Verfahren G-BA (laut Gesetz)





DKR-Anpassung für 2016 (DRG)

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Angepasste DKR

Allgemeine DKR, Diagnosen: D010, D011, D012

Allgemeine DKR, Prozeduren: P001, P003, P014

Spezielle DKR: 0201, 0401, 1403, 1504, 1505, 1514, 1521, 1917
1602, 1910

Gründe

Inhaltliche Anpassung: D012, P014, 1504 1917 4

Inhaltliche Klarstellung: 1521 1

Redaktionelle Anpassung: D010, D011, D012, D013,
P001, P003, P005, 1001 15

*(inkl. Anpassung an ICD
oder OPS)* 0201, 0401, 1403, 1505,
1514, 1602, 1910

Insgesamt 20 DKR

Klarstellung in Folge Landessozialgerichtsurteil (Hessen) vom 21.08.2014 ((AZ L 8 KR 128/13)

Ausgangslage	Frage nach der <u>Hauptdiagnose</u> bei Aufnahme wegen einer <u>unstillbaren Blutung</u> (hier Epistaxis) unter <u>Dauertherapie mit Antikoagulanzen</u> (Marcumar). LSG ist der Auffassung, dass nicht das Nasenbluten (R04.0) sondern die hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper (D68.3) zu wählen ist.
Lösung	Einfügen einer neuen Regelung und zweier Beispiele in die DKR 1917, die vorsehen, bei Aufnahme wegen einer Blutung unter Einnahme von Antikoagulanzen den Kode für das konkrete Blutungsereignis als Hauptdiagnose zu wählen; ergänzt um D68.3 und optional um Y57.9! <i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i>

Klarstellung der Dauer einer protrahierten Geburt im Hinblick auf die Anforderungen in den Kodierrichtlinien

Ausgangslage	Gemäß DKR 1521 wird eine Geburt als protrahiert bezeichnet, wenn sie nach 18 Stunden regelmäßiger Wehentätigkeit nicht unmittelbar bevorsteht. Die Kodierung erfolgt mit einem Kode aus O63.- <i>Protrahierte Geburt</i> . Unter der O63.- wird jedoch zwischen Eröffnungs- und Austreibungsperiode unterschieden. Eine 18stündige Austreibungsperiode ist unsachgemäß.
Lösung	Klarstellung, dass sich die 18 Stunden auf die gesamte Geburt beziehen und somit Hinweis auf die Möglichkeit mehrere OPS-Kodes (z.B. verlängerte Eröffnungs- und Austreibungsperiode) anzugeben.

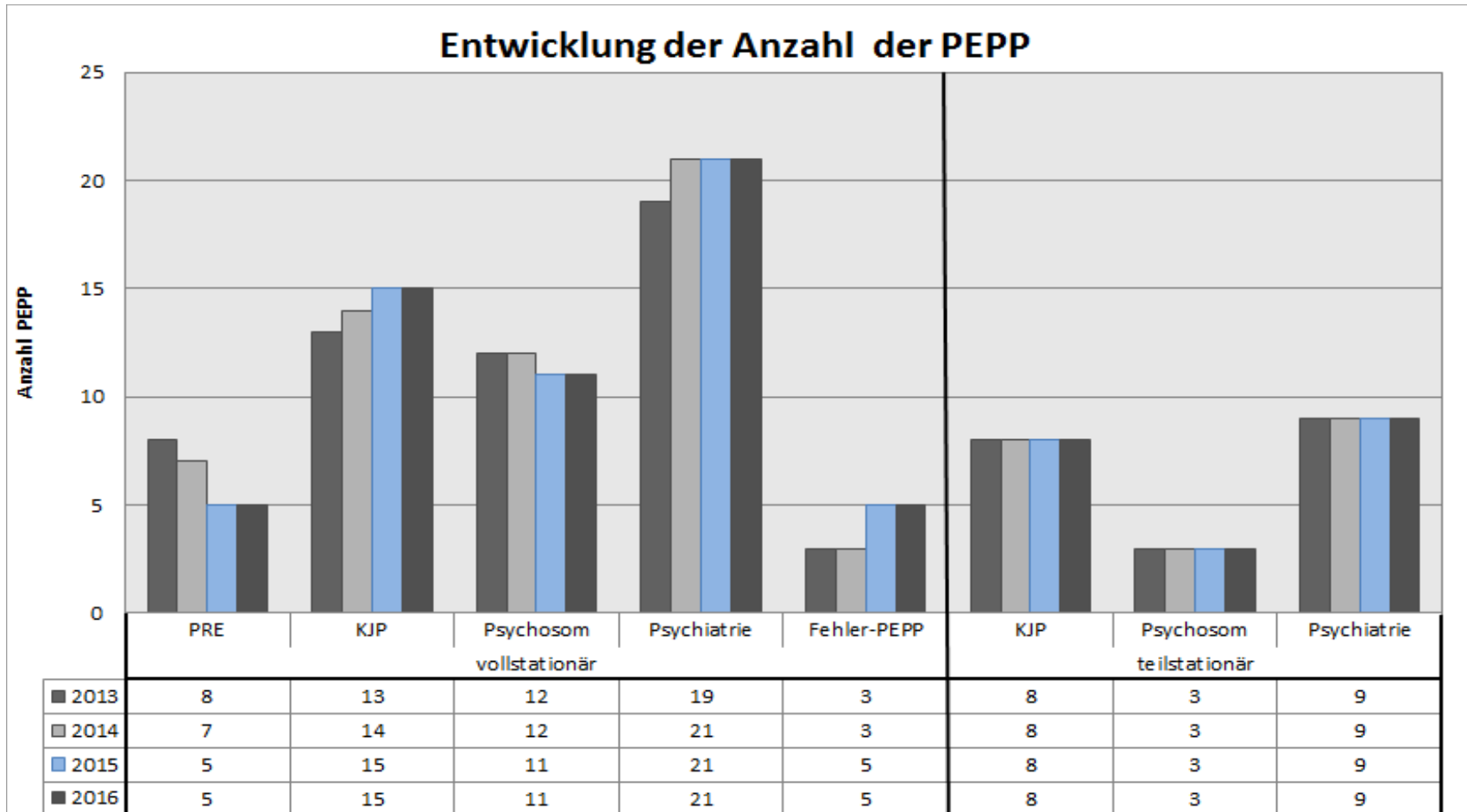
Trotz Beratung dissent verbliebene Sachverhalte, z.B.

- Auswahl der Hauptdiagnose bei onkologischen Erkrankungen (mehrere Fallkonstellationen)
- Mehrfachkodierung
- Abnorme Befunde
- Kapitel 15, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (mehrere Fallkonstellationen)
- Datumsangabe bei Kodierung multipler Prozeduren in P005
- Kombinierte Klappenfehler
- U.v.m.

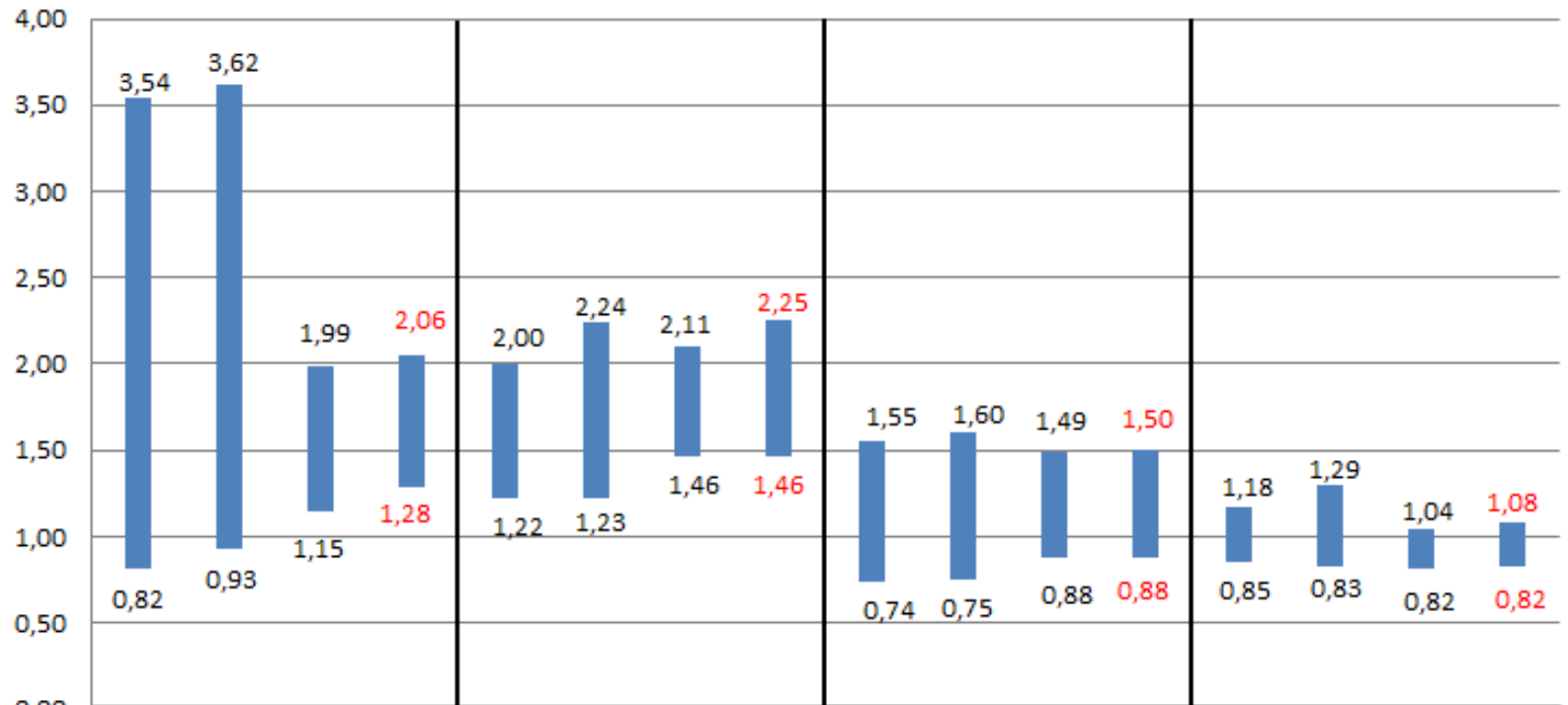
Die Anpassung der Kodierrichtlinien folgt immer weniger dem Ziel Fälle mit Diagnosen und Prozeduren sachgerecht abzubilden um anschließend eine leistungsgerechte Kalkulation und Vergütung zu ermöglichen, als vielmehr der Logik einer Kodevermeidung oder gezielter Steuerung in kostengünstigere DRG.

- Entwicklung PEPP-System im Zeitplan, aber weiterhin Systemdiskussion in vollem Gange
- Klassifikatorische Umbauten für 2016 sehr moderat

- Strukturkategorien (Prä-Strukturkategorie, Psychiatrie, KJP, Psom) sowie deren Zuordnungskriterien
- Verwendete Diagnosegruppen (weitestgehend)
- Leistungsbeschreibung der meisten Basis-PEPP, aber dennoch einige Änderungen (z.B. Prä-PEPP mit Krisenintervention, Alterssplits, Kleinstgruppen)
- ZE weiter angelehnt an das DRG-System (Psych-Leistungen weiter unbewertet)
- Unbewertete Entgelte



Vergleich der Spannweiten 2013 - 2016



	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
	PRE				KJP				Psychiatrie				Psychosomatik			
Max BR/ Tag	3,54	3,62	1,99	2,06	2,00	2,24	2,11	2,25	1,55	1,60	1,49	1,50	1,18	1,29	1,04	1,08
Min BR/Tag	0,82	0,93	1,15	1,28	1,22	1,23	1,46	1,46	0,74	0,75	0,88	0,88	0,85	0,83	0,82	0,82

- Weiterhin nur geringfügige Änderungen

Anpassungen 2016

- 2 Redaktionelle Änderungen
- 1 relevante inhaltliche Anpassung an den geänderten OPS

*(betrifft die geänderte Erfassung der Therapieeinheiten und der
Komplexcodes)*

Geänderte Erfassung der Therapieeinheiten durch

- Abkoppelung der TE von den Komplexkodes (Regel-, Intensiv-, ...)
- Neue berufsgruppenspezifische Erfassung der TE (getrennt nach Ärzten, Psychologen, Spezialtherapeuten, Pflegefachpersonen)
- Jede Berufsgruppe differenziert zwischen TE durch Einzeltherapie und TE durch Gruppentherapie
- TE sind mit einem eigenen Kode künftig 1x pro Woche zu kodieren, unabhängig von der Behandlungsart
- Behandlungsarten sind nur noch zu Beginn und bei Wechsel zu erfassen. Ausnahme Intensivkomplexkode
- Intensivmerkmale künftig tagesspezifisch genau zu dokumentieren, durch Neukodierung Behandlungsart auch bei Wechsel zutreffender Patientenmerkmale pro Tag
- 2 unterschiedliche Leistungsperioden



DKR-Psych PP005

Behandlungsart/ Leistungsinhalt	Therapieeinheiten	Datum	Behandlungsart OPS-Kode (anlassbezogene Kodierung)	Leistungs- periode Behandlungs- art	Therapieeinheiten OPS-Kode (wöchentliche Kodierung)	Leistungs- periode Therapie- einheiten
Intensivbehandlung (3 Merkmale: Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen, akute Selbstgefährdung durch Suizidalität und akute Fremdgefährdung) Leistungsinhalt: Aufnahme, häufige Kurzkontakte, hoher Gesprächs-, Pflege- und Überwachungs- aufwand		Do, 04.08.				
		Fr, 05.08.	9-619	Do. 04.08. bis	9-649.0	Woche 1
		Sa, 06.08.	Bezugsdatum: 04.08.	Mi. 10.08.	Bezugsdatum: 04.08.15	Do. 04.08. bis Mi. 10.08.
		So, 07.08.				
		Mo, 08.08.				
		Di, 09.08.				
		Mi, 10.08.				
Intensivbehandlung (2 Merkmale: Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen und akute Selbstgefährdung durch Suizidalität) Leistungsinhalt: Zusätzliche therapeutische Einzelkontakte ab 25 Minuten Dauer Regelbehandlung Leistungsinhalt: Weitergehende therapeutische Arbeit, Entlassungsvorbereitung	Pflege:1	Do, 11.08.	9-618	Do. 11.08. bis	9-649.11 9-649.72	Woche 2
	Arzt:1, Pflege:1	Fr, 12.08.	Bezugsdatum: 11.08.	Mo. 15.08.	Bezugsdatum: 11.08.15	Do. 11.08. bis Mi. 17.08.
		So, 14.08.				
		Mo, 15.08.				
		Di, 16.08.		9-607	Di. 16.08. bis	
	Arzt:1, Pflege 1 PflegePflegePfifPflege:Grupp e	Mi, 17.08.		Bezugsdatum: 16.08.	Fr. 26.08.	
	Pflege: 1 (Gruppe)	Do, 18.08.				
Arzt:1, Pflege: 1 (Gruppe)	Fr, 19.08.				9-649.11 9-649.84	Woche 3
		Sa, 20.08.			Bezugsdatum: 18.08.15	Do. 18.08. bis Mi. 24.08.
		So, 21.08.				
	Pflege: 1 (Gruppe)	Mo, 22.08.				
	Pflege: 1 (Gruppe)	Di, 23.08.				
	Arzt:1, Pflege: 1 (Gruppe)	Mi, 24.08.				
	Arzt:1	Do, 25.08.				9-649.10 Bezugsdatum: 25.08.15
	Fr, 26.08.					

Relevante Änderungen

- Streichen von interpretationsfähigen Begriffen wie „*aufwendig, besondere...*“ zur Minderung Konfliktpotential zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen
- Abkoppelung TE (siehe oben), neuer Code 9-649
- Ergänzung des *Master of Science in Psychologie* bei benannten Berufsgruppen
- Konkretisierung der patientenspezifischen Merkmale bei den Intensivkomplexcodes
- Einfügen, dass für Nachweis von Merkmalen die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend ist (keine Sonderdokumentationen für den MDK)
- Kleinschrittigere Differenzierung der Zeiteinheiten bei 1:1 Betreuung

- 4 Basis-Komplexkodes, Erwachsene (neu ohne TE bzw. Differenzierung über Zeiteinheiten)
- 10 Zusatzinformationen-Basiskodes, Erwachsene (9 mit Zeiterfassung, h oder Tage, TE)
- 4 Basis-Komplexkodes, KJP (neu ohne TE/Differenzierung über Zeiteinheiten)
- 7 Zusatzinformationen-Basiskodes, KJP (7 mit Zeiterfassung, h oder Tage, TE)
- 1 Kode Pflegebedürftigkeit



Zeiterfassung
in
unterschiedlichen
Varianten

PKMS....

9-984 Pflegebedürftigkeit

- Bis 2015 nur für § 17 d KHG, ab 2016 auch für DRG-Bereich

Für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einer Pflegestufe zugeordnet sind

- .0 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürft.)
- .1 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürft.)
- .2 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)
- .3 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall)
- .4 Erfolgter **Antrag** auf Einstufung in eine Pflegestufe
- .5 Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0

-
- Die Bürokratie steigt immer weiter trotz bekannter Konflikte
 - Die Systemakzeptanz nimmt hierdurch weiter ab
 - Flächendeckende Systemumstellungen ohne vorherige Prüfung und Validierung bewähren sich dauerhaft nicht
 - Gesundheitsreformen sollten evidenzbasierter werden

**Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**